Aus Prof. Dr. Max Josephs Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Ueber die Behandlung der gonorrhoisch infizierten akzessorischen Gänge am Penis

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

Izek Neumann

aus Warschau

Tag der Promotion: 18. November 1919

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Rubner
Referenten: Dr. Blumenthal
Prof. Dr. Franz

Meinem hochverehrten Lehrer

Herrn Prof. Dr. Max Joseph

in tiefster Dankbarkeit gewidmet

Die gonorrhoische Erkrankung der am Penis vorkommenden akzessorischen Gänge, die wir kurz als Gonorrhoea externa (in der Literatur auch als Urethritis externa oder Paraurethritis gonorrhoica) bezeichnen können, — ist eine Komplikation, deren Beseitigung große Aufmerksamkeit seitens des Arztes erfordert. Die Schwierigkeit der Heilung der entzündeten akzessorischen Gänge erklärt die Tatsache, daß die Dauer mancher gonorrhoischer Erkrankung bedeutend verlängert wird. Auch die so häufig stattfindende Autoreinfektion nach Abheilung des Harnröhrentrippers erklärt sich dadurch, daß die gonorrhoisch infizierten akzessorischen Gänge Herde für eine neuerliche Ansteckung der Urethra abgeben können. Häufig erkrankt primär der akzessorische Gang, wobei die Urethra früher oder später durch das Herabfließen des gonokokkenhaltigen Sekretes infiziert wird. Man kann wohl annehmen, daß in vielen Fällen die angeblich lange Inkubationsdauer hierin ihre Erklärung finden kann. Auf diesen praktisch so wichtigen Punkt verweist Diday, der zuerst die paraurethrale Blennorhoe beschrieben hat.

Es sind auch einzelne Fälle von isolierter Gonorrhoea externa beobachtet worden, die längere Zeit bestanden haben, wobei die Urethra verschont geblieben war.

Nobl weiß von drei Fällen zu berichten, die vorher niemals gonorrhoisch infiziert waren, und die wegen entzündlich geröteter Knötchen einen Arzt aufsuchten. Es handelte sich um isoliert erkrankte paraurethrale Gänge. Im ausgedrückten Eiter fand man typisch gelagerte gramm-

negative Gonokokkenstämme, die auch in der Kultur die charakteristischen Eigenschaften der Gonokokken aufwiesen.

Ehrmann demonstrierte in der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien einen Mann mit drei akzessorischen Gängen in der Raphe praeputii et penis, die gonorrhoisch infiziert waren. Dagegen zeigte die Urethra keine Spur von Erkrankung.

Hierzu gehören zwei Fälle von Horwath, wo es sich auch um eine isoliert gebliebene gonorrhoische Erkrankung solcher Gänge handelte, ein Fall von Pick, zwei Fälle von Reichmann und ein solcher von Jadassohn.

Immerhin bedeuten die infizierten Gänge eine ständige Gefahr für die Harnröhre. Auch vom sozialen Standpunkte aus bildet diese Erkrankung eine große Gefahr. Solche Patienten suchen gewöhnlich einen Arzt nach dem anderen auf. Die sich bei der Gonorrhoea externa gebildeten Knötchen und Abszesse werden manchmal als syphilitische angesehen; es werden sogar Blutuntersuchungen nach Wassermann gemacht. Mit negativem Resultat der vorgenommenen Untersuchung, werden nicht selten die Patienten nach symptomatischer Behandlung entlassen und damit beruhigt, daß es sich um eine „harmlose" Sache handele. So übertragen derartige Kranke die Gonorrhoe ganz unbewußt und im guten Glauben, daß sie gesund wären.

Was die Lokalisation der Gänge anbetrifft, so lassen sich folgende unterscheiden:

1. Gänge, die in der Urethralwand münden und nur beim Auseinanderziehen der Labien zum Vorschein kommen;
2. Gänge im Limbus Urethrae;
3. Gänge in der Glans am Orificium;
4. Praeputialgänge, die zwischen den Blättern des Praeputium liegen;

5. Gänge im Frenulum;
6. Gänge in der Raphe;
7. Gänge bei Hypospadie;
8. Gänge am Dorsum penis.

Die Gänge enden meistenteils blind. In Ausnahmefällen stehen sie in Verbindung mit der Harnröhre, wie der von Aldor beschriebene Fall beweist. Da die Gänge ganz feine schlitzförmige Mündungen besitzen, so werden sie leicht übersehen, besonders diejenigen, welche in der Urethralwand münden. Sie erreichen oft eine beträchtliche Tiefe, sogar über drei Zentimeter. Die Gänge am Dorsum penis konnten bis jetzt als gonorrhoisch erkrankt nicht beobachtet werden.

Ueber das Wesen und die Entwicklungsgeschichte der akzessorischen Gänge sind die Meinungen der meisten Autoren verschieden.

Ehrmann und Spitzer halten die Gänge für versprengte Partien der embryonalen nach unten offen gebliebenen Urethralrinne. Nobl bezeichnet sie als Abkömmlinge der äußeren Haut.

Lichtenberg sondert die Gänge in zwei Gruppen:

1. in solche, welche vom Urogenitalkanal abstammen;
2. in solche, welche von der Haut abstammen.

Von dieser Gruppeneinteilung weichen die akzessorischen Gänge, die in der Urethralwand münden, ab, denn hier handelt es sich allem Anschein nach um abnorm lange und schräg verlagerte Ausführungsgänge der Littre'schen Drüsen.

Mit den embryonal angelegten, durch Entwicklungshemmung entstandenen akzessorischen Gängen, dürfen gewisse Fistelgänge am Penis nicht verwechselt werden. Und zwar kommen hier Fistelgänge in Betracht, welche beim Durchbruch von periurethralen Abszessen nach außen sich bilden können.

Es sei hier noch auf einen wichtigen Punkt hingewiesen:

Es entstehen die periurethralen Infiltrate und Abszesse durch Ansammlung des infektiösen Materials im Gewebe des Corpus cavernosum urethrae. Dieses infektiöse Material ist „ein Produkt einer Mischinfektion, deren Ursache in den durch die Gonokokkeninvasion hervorgerufenen Schleimhauterosionen zu suchen ist." (Lesser) Es gibt aber auch eine Anzahl periurethraler Infiltrate und Abszesse, deren Aetiologie im Vorhandensein entzündeter akzessorischer Gänge zu suchen ist, wobei sich das gonokokkenhaltige Sekret am blinden Ende des Ganges ansammelt. Solange der akzessorische Gang übersehen oder unbeachtet bleibt, muß naturgemäß ein derartiger Abszeß eine starke Rezidivneigung zeigen. Erst nach energischer und zweckmäßiger Behandlung des Ganges pflegen solche Abszesse zur Resorption zu gelangen.

In den verschiedenen Arbeiten auf diesem Gebiete sind, abgesehen von der chirurgischen Behandlung, bestehend in Totalexcision der erkrankten Gänge, folgende therapeutische Methoden angegeben worden: Mikrobrenner, Elektrolyse, Galvanokaustik und Injektionen von konzentrierten Silberlösungen.

Der Nachteil des Mikrobrenners besteht darin, daß man in den Gang eine glühende Sonde oder Nadel einführt. Es ist beinahe unmöglich die Sonde in die gewünschte Tiefe einzuführen, besonders, wenn man mit verhältnismäßig langen Gängen zu tun hat. Selbst bei ganz kurzen Gängen ist es reiner Zufall, mit einer glühenden Sonde die richtige Richtung einzuschlagen.

Aber auch die Methoden der elektrolytischen und galvanokaustischen Behandlung mit Einführung von kalten Sonden, sind für den praktischen Arzt unbequem, besonders wenn man den Umstand in Betracht zieht, daß nicht jeder Arzt im Besitz dieser Apparate ist.

Nobl beobachtete Fälle, die anderwärts behandelt wurden und bei den durch elektrolytische Zerstörung oder Injektionen von organischen konzentrierten Silberlösungen die akzessorischen Gänge vertieft wurden. Die dadurch entstandenen Ausstülpungen und Verzweigungen bildeten für die Gonokokken neue Haftstätten.

Viel einfacher, und in der Praxis sehr leicht ausführbar, ist die von Scholtz angegebene Methode, mit der auch ich vorzügliche Resultate erzielt habe.

Eine stumpfe, dem akzessorischen Gange entsprechend starke Sonde wird zum Glühen gebracht, mit einem Höllensteinstift fein bestrichen und in den Gang kalt eingeführt. Die Wandung wird tüchtig geätzt bis sich eine grauschwarze Masse entleert. Das Argentum nitricum setzt sich mit dem durch den gonorrhoischen Prozeß entzündeten Epithel des Ganges in Verbindung, und es bildet sich Silberalbuminat. Wenn es bei der ersten Aetzung gelingt, den Gang seiner ganzen Länge nach zu treffen, was mit einer passenden Sonde in der Regel leicht zu erreichen ist, so vertrocknet kurz darauf das zersetzte Gewebe, und es bildet sich der Eiterpropfen. Nach Entfernung des Eiterpfropfens klafft die Mündung des Ganges, die früher nur bei sorgfältiger Beobachtung zu sehen war, unter Umständen einige Millimeter weit auseinander. Dann zieht sich der mit frischem Granulationsgewebe ausgekleidete Gang immer mehr zusammen, und wir beobachten nicht selten, daß angeborene akzessorische Gänge vollständig obliterieren, eine kleine Narbe hinterlassend.

Wenn aber einige Tage nach der Aetzung sich Ausfluß aus dem Gange zeigt, so ist dies ein Beweis, daß nicht der ganze Gang getroffen wurde; und es besteht eine Gefahr des Rezidivs oder der Reinfektion seitens der noch kranken Harnröhre oder seitens des noch nicht zerstörten

Gangbezirkes. In solchen Fällen muß die Aetzung wiederholt werden, bis vollständige Obliteration des Ganges eintritt, was sich mit absoluter Sicherheit erreichen läßt, wenn man in die richttige Richtung des Ganges eindringt.

Die bestehende Urethralgonorrhoe soll gleichzeitig energisch behandelt werden.

Unter der großen Reihe von Krankheitsfällen, welche ich vom 10. August 1914 bis zum 1. Oktober 1915 und vom Oktober 1917 bis Dezember 1917 in der Poliklinik für Hautkrankheiten des Herrn Professor Dr. Max Joseph zu beobachten Gelegenheit hatte, will ich hier nur diejenigen wiedergeben, welche ich zur Heilung verfolgen konnte.

Fall I.

M. W. 24 Jahre alt. Pat. infizierte sich 1910 zum ersten Male mit Gonorrhoe und war deswegen sechs Monate in Behandlung. Einen Monat nach der Entlassung bekam Pat. ein Redidiv. Neun Monate nach der Harnröhrenbehandlung bemerkte der Kranke einige Millimeter von der Urethra einen stecknadelkopfgroßen Fleck. Nach einem Monat bildete sich an Stelle des Fleckes ein Knötchen. Der zugezogene Arzt stellte fest, daß es sich um einen gonorrhoischen Prozeß handelt. Der Arzt drückte das Knötchen aus und verordnete rote Quecksilbersalbe. Darnach entleerte sich Eiter aus dem akzessorischen Gange und aus der Urethra. Ein zweiter Arzt behandelte den Gang oberflächlich mit Lapis, die Urethra mit Protargol. Daraufhin verschwand der Ausfluß aus der Urethra, der akzessorische Gang dagegen entleerte noch Eiter. Nach einer nochmaligen Bepinselung des Ganges mit Höllenstein stellte sich wieder Ausfluß aus der Urethra ein. Und immer zeigte sich bei der Behandlung der Harnröhre Ausfluß aus dem Gange, bei Behandlung des Ganges Ausfluß aus der Harnröhre. Pat. ging schließlich zu einem dritten Arzt, der den Gang viermal mit elektrischem Strom behandelte, wahrscheinlich mit Galvanokaustik. Danach war der Ausfluß verschwun-

den, jedoch blieb die Oeffnung des Ganges zurück. Pat. wurde als geheilt entlassen.

Am 7. Dezember 1914 infizierte sich Pat. zum zweiten Mal mit Gonorrhoe. Er bemerkte ein Jucken an Stelle des akzessorischen Ganges, nach unten ausstrahlend. Beim Drücken entleerte sich klarer Ausfluß von Stecknadelkopfgröße. Am nächsten Tage war der Ausfluß dickflüssig, und am 9. 12. zeigte sich dicker Eiter aus der Harnröhre.

Drei Millimeter vom Orificium urethrae links sah man einen akzessorischen Gang, aus dem sich auf Druck Eiter entleerte. Die mikroskopische Untersuchung ergab positiven Gonokokkenbefund in der Urethra und im akzessorischen Gange. Es wurde zunächst nur die Urethra behandelt.

15. 12. Urethra-Gonokokken negativ. Der akzessorische Gang entleert gonokokkenhaltigen Eiter. Im Sulcus coronarius, einen Zentimeter von der Raphe links, sieht man einen Abszeß von Haselnußgröße.

18. 12. Der periurethrale Abszeß ist nach Umschlägen mit Liq. Alum. acetic. geplatzt. Es entleert sich noch Eiter mit positivem Gonokokkenbefund. Der akzessorische Gang wird in Abständen von einigen Tagen zweimal mit Mikrobrenner behandelt.

14. 1. 15. Akzessorischer Gang Gonokokken-negativ.

20. 1. Akzessorischer Gang Gonokokken positiv. An Stelle des periurethralen Abszesses ist noch ein derbes Infiltrat zu fühlen, aber die frühere Fistelöffnung ist geschlossen.

Mitte Februar wurde der Gang mit Argentum nitricum geätzt. Schon nach der ersten Aetzung verschwanden die Gonokokken, so daß sie nach wiederholter Untersuchung nicht mehr nachgewiesen werden konnten. Da sich noch aus dem Gang wässriger Ausfluß entleerte, so lag die Vermutung nahe, daß nicht der ganze Gang getroffen war. Deshalb wurde nach acht Tagen eine zweite Aetzung vorgenommen. Dieses Mal kam ich mit der Sonde bis in den Sulcus coronarius und konnte eine deutliche Verbindung zwischen dem akzessorischen Gange und periurethralem Abszesse konstatieren. Nach der zweiten Aetzung

trat eine starke Reaktion auf. Pat. gibt an, daß er einige Stunden nach der letzten Aetzung einen etwa drei Zentimeter langen, dicken schwarzen Faden aus dem Gang herausgezogen hat (Eiterpfropfen, bestehend aus Silberalbuminat!). Danach klaffte der Gang dermaßen, daß man, wie sich Pat. ausdrückte, ein „ziemlich starkes Bougie" einführen konnte. Allmählich hat sich dann der Gang zusammengezogen.

15. 3. 15. Der akzessorische Gang ist vollständig obliteriert. An Stelle des Ganges sieht man eine kleine Delle, welche die frühere angeborene Oeffnung nicht mehr erkennen läßt.

Fall II.

B. H. 28 Jahre alt. Im Januar 1915 erste genorrhoische Infektion.

13. 6. 15. Im Urethralausfluß Bakterien, Leukozyten und Epithelzellen. Erste Urinportion trübe, zweite klar. Therapie: Spritzen mit Kal. permanganic.

15. 6. Im Limbus urethrae in der Medianlinie oben sieht man eine Mündung eines akzessorischen Ganges. Der Gang ist drei Zentimeter tief. Da ein Verdacht vorliegt, daß der Gang den chronisch-gonorrhoischen Prozeß der Harnröhre begünstigt, trotzdem Gonokokken nicht gefunden wurden, so wird der Gang prophylaktisch mit Arg. nitric. geätzt.

18. 6. Die Mündung des Ganges ist mit einer Kruste bedeckt. Urethra — kein Ausfluß.

20. 6. Im Gange sitzt ein Eiterpfropfen. Urethra — kein Ausfluß.

24. 6. Die Ränder des Ganges zeigen frische Granulationen.

27. 6. Der Gang ist vollständig obliteriert. Aus der Urethra kein Ausfluß, Heilung.

Fall III.

G. K. 18 Jahre alt. Am 26. 3. 15 infizierte sich Pat. zum ersten Male mit Gonorrhoe. Es besteht eine Gon. acut. post. Bis zum 9. 5. 15 wurde Pat. in der üblichen Weise ohne Erfolg behandelt. Bei der genauen Inspektion des Penis fand ich im oberen Teil des

Orificium, hinter dem Limbus, in der Medianlinie zwei Mündungen von akzessorischen Gängen, die etwa zwei bis drei Millimeter von einander entfernt waren. Der obere Gang war etwa drei Millimeter tief, der untere zirka eineinhalb Zentimeter tief. Aus dem oberen Gange kam kein Ausfluß, im unteren Gonokokken positiv. Aetzung beider Gänge mit Arg. nitric.

11. 5. Das Gewebe ringsum die Gänge ist gerötet und etwas angeschwollen. Ziemlich reichlich Sekret, welches bei mikroskopischer Untersuchung lauter degenerierte Leukozyten, aber keine Gonokokken enthält.

14. 5. Der obere Gang ist nicht mehr zu sehen. Der untere Gang enthält Gonokokken. Die nochmalige Untersuchung mit der Sonde ergibt drei Zentimeter Tiefe. Aetzung mit Arg. nitric.

17. 5. Das Gewebe ringsum das Orificium ist gerötet und angeschwollen.

21. 5. Urethra Gonokokken negativ. Der akzessorische Gang ist vollständig obliteriert.

15. 6. In der Zwischenzeit ist die Harnröhre antigonorrhoisch behandelt worden, so daß Pat. als definitiv geheilt entlassen werden konnte.

Fall IV.

J. L. 19 Jahre alt. Vor drei Jahren erste gonorrhoische Infektion. Vor einem Jahre zweite Infektion. Vom 13. 1. 15 bis 14. 6. 15 wurde Pat. mit verschiedenen Medikamenten ohne Erfolg behandelt, und stets mit positivem Gonokokkenbefund.

14. 6. 15. Sieben Millimeter vom Limbus des Orificium in der Urethralwand, bemerkte ich eine Mündung eines akzessorischen Ganges, der drei Zentimeter tief war. Der Gang wurde sofort mit Arg. nitric. geätzt.

17. 6. Pat. gibt an, daß es nach der Aetzung etwas geblutet hat. Heute früh kam ein Eiterpfropfen heraus.

In der folgenden Zeit wurde die Urethra antigonorrhoisch behandelt.

9. 7. Die Harnröhre sondert keinen Ausfluß mehr ab. Der Gang ist obliteriert. Vollständige Genesung.

Fall V.

F. S. 40 Jahre alt. Vor sechszehn Jahren erste gonorrhoische Infektion. Vor fünf Wochen Coitus, nach vier Tagen stellte sich Ausfluß ein.

11. 4. 15. Die Urethra enthält Gonokokken und wird antigonorrhoisch behandelt.

25. 4. Kein Ausfluß aus der Urethra, beide Urinportionen klar. Nachdem Pat. zwei Tage ausgesetzt hat, bemerkte er wieder Ausfluß.

6. 5. Etwa zwei Millimeter vom Orificium urethrae links, bemerkte ich einen akzessorischen Gang. Die Sondierung ergab fünf Millimeter Tiefe. Im Sekret: Leukozyten, aber keine Gonokokken. Der Gang wurde mit Arg. nitric. geätzt.

8. 5. Aus dem Gange entleerte sich ein stecknadelkopfgroßer Eiterpfropfen, der bei Untersuchung Gonokokken ergab. Aetzung mit Arg. nitric.

10. 5. Nochmalige prophylaktische Aetzung.

16. 5. An der Stelle, wo der Gang war, ist jetzt kaum eine Narbe zu sehen.

Bis zum 16. 6. blieb Pat. wegen der noch bestehenden Urethralgonorrhoe in Behandlung.

Vollständige Genesung.

Fall VI.

S. W. 32 Jahre alt. Februar 1915 erste gonorrhoische Infektion. Bis jetzt in Behandlung ohne Erfolg. Am 8. 6. 15 Urethra Gonokokken positiv. Hypospadie: In der oberen Delle befindet sich Mündung eines akzessorischen Ganges von einem Zentimeter Tiefe in der Richtung nach der Urethra zu, der Gang endet blind. Sekret des Ganges enthält Gonokokken. Aetzung mit Arg. nitric.

9. 6. Der akzessorische Gang entleert keinen Ausfluß mehr, das

Orificium ist gerötet, die Urethra sondert viel Ausfluß ab. Starke Reaktion. Die Urethralwand ist, wie es scheint, vom blinden Ende des Ganges gereizt worden.

11. 6. Im Gange Eiterpfropfen, ringsum Rötung. Urethra kein Ausfluß.

14. 6. Der Eiterpfropfen ist ganz vertrocknet.

19. 6. Im Gang keine Gonokokken nachweisbar. In der Urethra Gonokokken. Aetzung mit Arg. nitric.

25. und 27. 6. Prophylaktische Aetzungen.

1. 7. Ich sah im Gange keinen Ausfluß, aber nach Angabe des Pat. ist noch Ausfluß vorhanden. Nochmalige Aetzung.

11. 7. Seit dem 6. 7. ist der Ausfluß aus dem Gange gänzlich verschwunden. Urethra ist etwas verklebt.

18. 7. Vollständige Heilung.

Fall VII.

G. F. 34 Jahre alt. Erste gonorrhoische Infektion 1900, zweite Infektion 1903, 1904 dritte Infektion. Im Mai 1914 infizierte sich Pat. zum vierten Male mit Gonorrhoe. Ein ganzes Jahr in Behandlung ohne Erfolg.

28. 5. 15. Fünf Millimeter oberhalb des Orificium in der Medianlinie sieht man eine kleine Oeffnung, die bei Sondierung einen akzessorischen Gang von zirka zwei Zentimeter Tiefe ergibt. Nach der Angabe des Pat. entleert sich aus dem Gange Eiter. Aetzung mit Arg. nitric.

29. 5. Die Umgebung des Ganges ist gerötet, angeschwollen, Ausfluß entleert sich nicht. Urethra: degenerierte Leukozyten, aber keine Gonokokken.

1. 6. Aus dem Gange habe ich einen Eiterpfropfen herausgezogen, der zirka zwei Zentimeter lang und einige Millimeter breit war. Mikroskopische Untersuchung ergibt Schleim im Eiterpfropfen und in der Urethra Gonokokken. Nach Herausnahme des Eiterpfropfens klafft der Gang.

6. 6. Der Gang hat sich zusammengezogen, es entleert sich kein Ausfluß.

17. 6. Aus dem Gange entleert sich etwas Schleim, aber keine Gonokokken. Aetzung mit Arg. nitric.

18. 7. In der Zwischenzeit antigonorrhoische Behandlung der Urethra, wonach eine Heilung derselben eingetreten ist. Der akzessorische Gang ist obliteriert.

Fall VIII.

M. K. 23 Jahre alt, stand vom 8. 4. 15 seiner ersten gonorrhoischen Infektion wegen in Behandlung mit vorübergehendem Erfolg. Am 9. 6. 15 bemerkte ich im Limbus des Orificium Mündung eines akzessorischen Ganges, der fünf Millimeter tief war. Oeffnung war von einer halben Stecknadelkopfweite. Aetzung mit Arg. nitric.

10. 6. Das Gewebe rings um den Gang, ist angeschwollen.

15. 6. Der Gang ist obliteriert, so daß später die Urethra mit Erfolg behandelt werden konnte.

Fall IX.

R. K. 27 Jahre alt. Pat. wurde 1914 mit Gonorrhoe infiziert. Der Urethraltripper heilte nach sechs Wochen ab. Gleichzeitig bemerkte Pat. an der Unterfläche des Penis einen entzündeten Strang mit Fisteläffnungen, aus denen sich schleimig-eitriges Sekret absonderte. Im August 1915 wurde Pat. vom Truppenarzt einem Lazarett zu spezialärztlicher Behandlung überwiesen. Es ist eine Blutuntersuchung nach Wassermann mit negativem Resultat gemacht worden. Die Aerzte meinten, es handele sich um eine Lymphdrüsenvereiterung, die nichts mit der Gonorrhoe zu tun hätte. Der Kranke wurde zum Truppenteil zurückgeschickt. Man hat ihm Umschläge mit essigsaurer Tonerde verordnet, wonach das Nässen verschwand; aber der harte Strang ist zurückgeblieben.

Vor zirka 14 Tagen stellte sich das Nässen wieder ein, zugleich bildete sich auf dem Strange ein Eiterbläschen. Deswegen suchte der Kranke unsere Poliklinik auf.

19. 10. 17. Eine Urethralgonorrhoe besteht nicht. Längs der Raphe des Penis finden sich fünf Knoten von kleiner Erbsengröße, von denen der mittlere stark über die Fläche hervorragt, in der Mitte eine deutliche Eiterpustel zeigt; und ein solcher, der eine deutliche Einsenkung zeigt, in die ein akzessorischer Gang einmündet.

Die Palpation ergibt einen dicken Strang von 4 Zentimeter Länge, der 2 Zentimeter vom Orificium entfernt ist. Bei der Untersuchung mit feiner Sonde wird festgestellt, daß es sich um vier akzessorische Gänge handelt. Der zweite und dritte Gang sind vier Millimeter tief in senkrechter Richtung nach dem Strange zu, der parallel der Urethra verläuft. Der erste und vierte Gang liegen flacher. Zwischen dem zweiten und dritten Gange liegt der obengenannte Abszeß. Im ausgedrückten schleimig-eitrigen Sekret der Gänge finden sich typisch gelagerte Gonokokken. Zunächst werden Umschläge mit Liq. Alum. acetic. verordnet.

22. 10. Das Nässen hat etwas nachgelassen. Der Abszeß zeigt eine Höhle von vier Millimeter Durchmesser in allen Richtungen. Die Basis steht in direkter Verbindung mit dem entzündeten Strange.

Sämtliche Gänge und die Abszeßhöhle werden mit Arg. nitric. geätzt.

25. 10. Aus dem zweiten und dritten Gange und der Abszeßhöhle entleert sich noch Eiter, welcher bei mikroskopischer Untersuchung Gonokokken ergibt. Dieses Mal gelingt es, die Sonde in die Lichtung des Stranges einzuführen und eine deutliche Kommunikation zwischen sämtlichen Gängen und dem periurethralen Abszesse zu konstatieren, so daß die Sonde in den ersten Gang einmündet und aus dem vierten ausmündet. Der Strang, und auch die Gänge einzeln, werden mit Arg. nitric. nochmals geätzt.

30. 10. Während die beiden hinteren Gänge bereits beginnende Vernarbung zeigen, ist an den vorderen Gängen anstelle des Abszesses und des zweiten Ganges eine deutliche Ulceration mit gut granulierendem Grunde zu sehen.

6. 11. Die hinteren Gänge verheilt, die Ulceration zeigt beginnende Vernarbung.

13. 11. Sämtliche Gänge verheilt.

Fall X.

J. G. 28 Jahre alt. Vor sieben Jahren infizierte sich Pat. mit Gonorrhoe. Einige Tage nach dem Coitus bemerkte er nebst dem Ausfluß aus der Harnröhre an der Urethralmündung eine Fistelöffnung, aus der sich Eiter entleerte. Einige Millimeter von dieser Fistelöffnung entfernt war ein erbsengroßes Knötchen zu sehen, welches ein Jahr nach der Infektion aufging, Eiter absonderte und eine Fistel hinterließ.

Der Kranke wurde bis jetzt mit vorübergehendem Erfolg behandelt. Die Fistelöffnungen aber sind unbeachtet geblieben. Pat. sucht unsere Poliklinik auf wegen seines Harnröhrenausflusses und der nässenden Stellen an der Eichel.

8. 11. 17. Vier Millimeter vom Orificium im Frenulum fühlt man einen stricknadeldicken Strang, an dem drei stecknadelkopfgroße Fistelöffnungen zu sehen sind, die drei Millimeter voneinander entfernt sind. Bei Druck entleert sich aus den Gängen schleimig-eitriger Ausfluß mit positivem Gonokokkenbefund.

Die eingeführte Sonde zeigt eine deutliche Verbindung zwischen der ersten und dritten Oeffnung. Auch zwischen der mittleren Oeffnung und dem entzündlich infiltrierten Strange läßt sich eine Kommunikation feststellen.

Die Lichtung des Stranges und der mittlere Gang werden mit Arg. nitric. geätzt.

20. 11. An Stelle des infiltrierten Stranges ist eine gut geheilte Narbe zu sehen.

Rekapitulieren wir das oben Geschilderte, so ergibt sich folgendes:

Im Falle III wäre es sicher zu einer Heilung des Urethraltrippers nicht gekommen, wenn ich die akzessorischen Gänge unbeachtet gelassen haben würde. Die Gänge konnten leicht übersehen werden, weil sie in das Orificium mündeten, und nur beim Auseinanderziehen der Labien zum Vorschein kamen.

Im Falle IV konnte ich ein isoliertes Abstrichpräparat aus dem Gange nicht machen, denn das Sekret war stets mit dem Urethraleiter vermengt. Hier handelte es sich ganz sicher um eine gonorrhoische Erkrankung des Ganges, weil nach dessen Obliteration der Harnröhrentripper mit Erfolg behandelt werden konnte.

Im Falle V handelte es sich um eine Autoreinfektion seitens des akzessorischen Ganges nach Abteilung der Urethralgonorrhoe.

Aus dem Falle X geht hervor, daß es sich ursprünglich um einen gonorrhoisch infizierten akzessorischen Gang gehandelt hat. Das am blinden Ende des Ganges angesammelte gonokokkenhaltige Sekret rief einen Abszeß hervor, wonach sich später zwei Außenfisteln bildeten. Außerdem beweist dieser Fall nochmals, wie die abgeheilte Harnröhre von einem solchen erkrankten Gange aus immer wieder neu infiziert wird.

Zum Schluß möchte ich noch einige Worte über die verschiedensten Behandlungsmethoden hinzufügen. Die von vielen Autoren vorgeschlagene chirurgische Entfernung der akzessorischen Gänge in toto erweist sich häufig infolge der Lokalisation mancher Gänge als absolut undurchführbar ohne starke Verunstaltungen des Penis, wie dieses z. B. bei Gängen im Limbus urethrae, bei Gängen in der Glans am Orificium, bei Gängen, welche in der Urethralwand münden usw., der Fall sein muß. Bei Vorhandensein mehrerer verzweigter oder langer Gänge kann die chirurgische Exstirpation auch eine bedenkliche Narbenbildung am Penis hervorrufen.

Weit überlegen über die übrigen therapeutischen Methoden, und in allen Fällen von akzessorischen Gängen leicht anwendbar ohne jedwede Hinterlassung verstümmelnder Narben ist die Aetzung der Gänge in der oben angegebenen Weise. Hierin zeigt sich die spezifische, gün-

stige Wirkung des Argentum nitricum. An der Mündung des Ganges geht die Aetzung in eine adstringierende und nutritive Reizung über, wodurch die Tendenz zur Heilung in gewünschter Weise gefördert wird.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. M. Joseph für die gründliche Ausbildung, die ich mir in seiner Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten auf diesem Gebiete erworben habe, sowie für die mir freundlichst erteilte Anregung zu dieser Arbeit meinen besten und aufrichtigsten Dank auszusprechen. Herrn Prof. Dr. Franz und Herrn Oberarzt Dr. Blumenthal bin ich für die liebenswürdige Uebernahme des Referates zu innigstem Dank verpflichtet.

Literatur

Aldor: Ueber die juxtaurethralen Gänge als Ursache chronischer Blennorrhoe. Wiener med. Wochenschrift 1892, 48.

Bastian: Ueber einen Fall von Gonorrhoe eines präputialen Ganges. Inaugural-Diss. Freiburg 1895.

Bruhns: Zur Lokalisation und Genese der präputialen Gänge, isolierte gonorrhoische Infektion solcher Gänge. Sonderabdruck aus: Charité-Annalen. XXVIII Jahrg.

Bergh: Referat über Oedmansson. Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1885.

Cohn, Ein Fall von paraurethr. Gonorrhoe. Deutsche mediz. Wochenschrift 1907 Nr. 1.

Ehrmann: Entstehung der anormalen parauthr. Gänge. Wiener klin. Wochenschrift 1896, 47.

— Medizinische Blätter. Sitzungsberichte vom 4. Dezember 1903 Nr. 3.

Feleki, Die Urethritis externa bei Männern im Anschluß an drei Fälle. Pester chir. med. Presse 1892.

Fick, Ueber präputiale Schleimhautgänge mit Littreschen Schleimdrüsen und deren gonorrhoische Erkrankung. Dermatologische Zeitschrift 1902, Bd. 9.

Groß, Ueber eine seltene Komplikation der chronischen Gonorrhoe nebst Beiträgen zur pathologischen Anatomie der männlichen Urethra. Monatsberichte für Urologie. Bd. VII Heft 11, 1902.

Haenlein, Oskar: Ueber Gonorrhoe der paraur. Gänge. Diss. Bonn 1894.

Herzog, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte und Histologie der männl. Harnröhre. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 63, 1904.

Horwath, Cornelius: Isolierte primäre Gonorrhoe der paraur. Gänge. Archiv f. Dermatol. 1898, Bd. 46.

Jadassohn: Ueber die Gonorrhoe der paraurethralen und präputialen Drüsengänge. Deutsche mediz. Wochenschrift 1890.

Katzenstein: Zur Therapie der Urethritis externa. Med. Klinik 1908, 39.

Lang: Ueber gonorrh. Paraurethritis. Sitzung der Ges. d. Aerzte 6. Februar 1891. Wiener klin. Wochenschrift 1891 Nr. 7.

Lesser, E.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin, Springer, 1914.

Nobl: Isolierte Blennorhoe akzessorischer Penisgänge. Dermatologische Wochenschrift, 65. Band, No. 37, 1917.

Pick: Ueber einen Fall von Folliculitis praeputialis gonorrhoica. Verhandlungen der deutschen dermatolog. Ges. am 1. Kongreß in Prag 1889.

Reichmann, Max: Zwei Fälle isolierter gonorrhoisch. Erkrankung paraur. Gänge. Arch. für Dermatol. 1899 Bd. 49.

Scholtz, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig, Hirzel 1913.

Spitzer: Vorkommen eines paraur. Ganges mit zystischen Erweiterungen in der Genitoperinealraphe. Wien. med. Presse 1905.

Stieda, A: Ueber paraur. Gänge. München med. Wochenschrift 1905. 978.

— Die akzess. Gänge am Penis. Archiv f. klin. Chirurgie Bd. 77, 1905.

Winkler, Max: Beitr. zu der Frage d. paraurethr. gon. Erkrankungen. Monatsschrift f. Urologie.

Lebenslauf

Ich, Izek Neumann, wurde am 1. April 1891 zu Warschau geboren. Nach vorbereitender Ausbildung in meinem Elternhause besuchte ich vom Jahre 1902 bis Weihnachten 1905 das Progymnasium in Hrubieszow (bei Chelm). Darauf besuchte ich das II. klassische Gymnasium in Warschau, welches ich im Jahre 1910 mit dem Zeugnis der Reife verließ. Im Wintersemester 1910/11 wurde ich an der medizinischen Fakultät der Universität München immatrikuliert. Im Sommersemester 1911 wurde ich an der Berliner Universität immatrikuliert, wo ich im Jahre 1913 die ärztliche Vorprüfung ablegte. Während des Krieges mußte ich mein Studium unterbrechen. Vom August 1914 bis Ende 1915 war ich Assistent des Herrn Prof. Dr. Max Joseph in seiner Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, wo ich die urologische Abteilung längere Zeit selbständig geleitet habe. Zur selben Zeit war ich Assistent des Herrn Geh. San. Rat Dr. A. Neisser in seiner Poliklinik für Nervenkrankheiten. Bis Mai 1916 war ich im Seuchen-Krankenhaus zu Zdunska-Wola (Polen) als Arzt tätig. Im Mai 1916 übernahm ich die ärztliche Leitung des Seuchenlazaretts in Lukow. Auch wurde mir dort die ärztliche Ueberwachung der Prostituierten anvertraut und Ausübung der allgemeinen Praxis gestattet. Ende des Sommersemesters 1917 durfte ich mein Studium an der Universität Berlin wieder aufnehmen und bestand am 9. Oktober 1919 meine Doktorprüfung cum laude.

Während meines Studiums besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren:

In München: Baeyer, Graetz, Rückert, Mollier, Röntgen;

in Berlin: Gabriel, Hertwig, Holtermann, Waldeyer, Rubner. F. E. Schulze, Kopsch, H. Steudel, Lesser, Richter, Orth, Bumm, Goldscheider, Fleischmann, Klapp, Lewin, P. Straßmann, Bier, Krückmann, M. Joseph, Killian, Bonhoeffer, Passow, Czerny, Flügge, Virchow, Lubarsch, Ceelen, F. Straßmann, Stickel, Heymann und Heffter.

Allen meinen Lehrern bin ich zu verbindlichstem Danke verpflichtet.